

# Précis

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE OPERACIONES DEL BANCO MUNDIAL PRIMAVERA DE 1999 NÚMERO 187

## Atención de salud en la India: El aprendizaje basado en la experiencia

EL BANCO MUNDIAL SE HA CONSTITUIDO EN EL mayor prestamista del mundo para el sector de salud, nutrición y población de los países en desarrollo. El Banco también cumple una función importante de asesoramiento en materia de políticas nacionales de salud, pero en la India, donde la institución ha invertido en el sector de salud, nutrición y población más que en cualquier otro país –US\$2.600 millones– durante los tres decenios pasados, el progreso ha sido lento y disparejo, en especial para los pobres. Si bien la situación de la salud ha mejorado sustancialmente, aún no se encuentra a la par con la de otros países con un grado similar de desarrollo. Las causas esenciales de este progreso vacilante son la pobreza y los bajos niveles de educación, en especial entre las mujeres, pero también cabe una cuota de responsabilidad a los programas de salud públicos.

El Departamento de Evaluación de Operaciones (DEO) comprobó que en los años setenta y ochenta el Banco respaldó programas del gobierno que adolecían de graves defectos. En 1988, sin embargo, el Banco comenzó a trabajar con un mayor margen de colaboración con especialistas indios, a fin de definir las limitaciones de los programas y las posibles formas de solucionarlas. Esto le permitió impulsar un

mejoramiento de la programación y las políticas y proponer nuevos criterios para encarar problemas fundamentales del sistema de salud de la India. Los resultados de este nuevo enfoque han sido alentadores. Esta experiencia con proyectos innovadores, estudios sectoriales y diálogo sobre políticas de salud, nutrición y población en la India, ofrece enseñanzas importantes para el mejoramiento de la salud en todo el mundo.



**Cuadro 1: La carga de morbilidad: Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por cada 1.000 personas debido a la mortalidad y la discapacidad en la India, China y dos regiones, 1990**

País o región	Mortalidad	Discapacidad	Total	Porcentaje de AVAD perdidos, 0 a 4 años de edad
India	235	103	339	45
China	104	80	184	24
Otros países e islas de Asia	168	92	260	38
Arco del Oriente Medio	209	91	300	50

### Definición de factores

Al analizar las razones por las cuales el progreso en la India en materia de salud no ha sido tan rápido como en otras partes y por qué las tasas de mortalidad e invalidez especificadas por edad siguen siendo más altas que las de otros países y regiones (Cuadro 1), el DEO identificó una serie de factores, a saber: 1) la tasa de crecimiento de la población resulta gravosa para los recursos del gobierno; 2) el gasto per cápita en salud pública equivale a la mitad del que se dispone en países similares y a un tercio del costo estimado de un conjunto esencial de servicios de salud; 3) la financiación inadecuada de los programas orientados principalmente a los pobres y el acceso limitado de éstos a los programas disponibles; 4) el abastecimiento insuficiente de agua potable y saneamiento; 5) la calidad deficiente del servicio debido a la escasez de suministros, el ausentismo, la conducta inapropiada del personal, la desmesurada carga de trabajo y la baja moral del personal, y la consiguiente subutilización de las instalaciones; 6) la movilización inadecuada de recursos privados y de ONG; 7) la concentración excesiva (hasta fecha reciente) en la esterilización y el uso de incentivos financieros para lograr las metas fijadas, y 8) la atención inadecuada a la salud materno-infantil. Prueba de la magra calidad de la asistencia pública de salud es el hecho de que el 80% del gasto en salud se canaliza hacia los servicios privados y los pobres suelen dejar de lado a las dependencias públicas para buscar atención particular.

Además, las deficiencias de la administración y las políticas de personal limitan la eficacia de muchas iniciativas. A escala nacional, la administración está sumamente centralizada, circunstancia que determina que en todo el país se siga un criterio uniforme e inflexible, no obstante las grandes diferencias que hay en materia de fecundidad, salud y características culturales e institucionales entre los distintos distritos. Esta centralización excesiva contribuye al debilitamiento de la prestación de servicios en el ámbito local, donde los administradores a menudo no están en condiciones de ofrecer a los funcionarios que tratan con el público un grado adecuado de apoyo, supervisión y capacitación. Estos problemas se ven agravados por las políticas de

personal que no brindan incentivos para mejorar el desempeño o adquirir nuevos conocimientos.

Otra causa de la gestión deficiente es que no se ha hecho un uso estratégico de los limitados recursos dedicados a la salud. Muchos programas no han llegado en forma eficaz a los grupos más vulnerables. En algunos, por ejemplo, los suplementos alimenticios han quedado al alcance de cualquier persona, reduciendo las cantidades disponibles para las mujeres y los niños pobres.

Finalmente, se ha manifestado la tendencia a distribuir los gastos entre los 25 estados de la India conforme al criterio de la asignación per cápita, ignorando las enormes diferencias que existen en cuanto a las necesidades y la capacidad para usar esos recursos. En realidad, esos estados son tan diversos en materia de idioma, religión, nivel de desarrollo, eficiencia administrativa y calidad de gestión de la cosa pública, como las naciones de América Latina o África. El tamaño y la diversidad del país, por ende, plantean problemas únicos para el diseño y la administración de los programas de salud y es evidente que aquí no tienen cabida los programas que sirven en cualquier otro caso.

### La evolución de los proyectos y los programas

Desde comienzos de los años setenta el Banco ha financiado 23 proyectos de salud, nutrición y población en la India y, al mismo tiempo, ha patrocinado un caudal importante de estudios sectoriales y ha entablado con el gobierno un diálogo constante sobre políticas. El respaldo evolucionó con lentitud, a partir de los comienzos relativamente simples, a medida que el Banco y el gobierno aprendieron a hacer frente a las deficiencias y las limitaciones del sistema de salud de la India recurriendo a medios cada vez más refinados.

### Población

En materia de política de población, la asistencia del Banco se ha dividido en tres etapas. Los primeros proyectos, ejecutados de 1972 a 1988, tenían por objetivo limitado ayudar al gobierno a llevar adelante su programa oficial de asistencia a la familia. Éste, si

bien fue concebido con la finalidad de integrar los servicios de planificación familiar con los de atención de salud materno-infantil, en realidad puso énfasis en la esterilización y la ampliación de las instalaciones. El programa prestó poca atención al incremento de la demanda o al mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar, y esto redujo sus efectos en el grado de uso de anticonceptivos y en las tasas totales de fecundidad. El Banco ejerció escasa influencia en la dirección de este programa. El criterio del gobierno había sido fijado firmemente mucho antes de que el Banco emprendiera operaciones en ese sector; el financiamiento del Banco aportó apenas el 3,6% del costo total del programa y, en general, la institución no tuvo una posición adecuada para sugerir mejoras u opciones diferentes.

En 1987, un equipo del Banco nuevo y, en cierto modo, más grande –con una visión más amplia del desarrollo de los recursos humanos– llevó a cabo una serie de estudios sectoriales que ofrecieron un diagnóstico excelente de los problemas del programa de población en la India. Los efectos de dichos estudios fueron limitados pero, con el tiempo, creció su influencia debido, en parte, a que el Banco dio cabida al gobierno en la selección y el diseño de los estudios y se contrató a especialistas locales para llevarlos a cabo.

Los estudios sectoriales ayudaron a generar cambios de política importantes, incluidos un nuevo énfasis en los servicios de extensión, la salud materno-infantil, las medidas anticonceptivas temporarias y las campañas de educación, que se convirtieron en la base de los siguientes proyectos de población del Banco. Éste, asimismo, comenzó a concentrarse en los estados y en las zonas urbanas marginadas donde las tasas de fecundidad eran más altas, vale decir las zonas más necesitadas.

A pesar de estas mejoras, la reorientación de las prácticas y los programas resultó más difícil que lo previsto por el Banco o el gobierno. El personal que concibió estas iniciativas quizá pecó de optimismo excesivo acerca de lo que podía lograrse en estados con una administración débil. En la preparación de los proyectos, asimismo, se omitió la participación de los interesados locales en el diseño. Si esta participación hubiera sido más eficaz, podría haberse determinado con más exactitud la viabilidad y los riesgos del proyecto.

Otro viraje ocurrió en 1996, cuando el gobierno abandonó la esterilización y las metas numéricas como centro de su programa de población, adoptando un criterio «libre de metas» que hizo más hincapié en la atención a las necesidades de la mujer en materia de salud reproductiva. El resultado inmediato de la nueva

política fue una reducción de las tasas de aceptación de anticonceptivos, debido en parte a que en el pasado se proporcionaron datos exagerados y ahora los informes eran más precisos. Datos recientes sugieren que hay una recuperación de esas tasas. El Banco, a fin de ayudar a que esta nueva política rinda buenos resultados, prepara programas de asistencia que se basan en las necesidades, controlan estrictamente los resultados y suministran retroinformación de manera oportuna.

El diseño del reciente proyecto para la salud reproductiva e infantil, por ejemplo, se basa en estudios sectoriales y en consultas con los interesados y ONG. Por medio del proyecto se ofrecen medios prácticos de promoción de la planificación familiar, sin poner énfasis en metas de esterilización, y se brindan distintos modelos para la puesta en práctica en situaciones diferentes. También se plantean ciertos elementos de organización del presupuesto sobre la base del desempeño, a fin de incrementar la responsabilidad y dar un lugar central en el proyecto al seguimiento y a la opinión de los clientes. Estas características deben mejorar la eficacia del programa.

## Nutrición

El Banco ha respaldado dos clases de programas de nutrición bastante diferentes. El primero, denominado proyecto de nutrición integral de Tamil Nadu, fue un programa innovador que se extendió de 1980 a 1997. Fue diseñado por personal del Banco y consultores indios, y se concentró en la modificación de los hábitos de las madres en materia de alimentación propia y de sus hijos en edad preescolar. Las madres llevaban un registro del peso de los niños y recibían instrucción sobre nutrición, atención primaria de la salud, alimentación suplementaria y otra atención médica que fuera necesaria. Se puso especial cuidado en la organización de prácticas de trabajo, la capacitación y supervisión del personal, y en asegurar que la alimentación suplementaria sólo se suministrara a los niños cuyo peso fuera inferior al debido. El programa logró resultados muy satisfactorios en cuanto a la reducción de la malnutrición grave, pero no tanto respecto a la de grado moderado. Esta diferencia quizá sugiera que el mejoramiento de las prácticas de alimentación puede llegar sólo hasta cierto punto, más allá del cual la consecución de nuevos progresos exige, también, la reducción de la pobreza.

Pese al resultado relativamente bueno del proyecto de Tamil Nadu, el gobierno indio mostró escaso interés en su continuación o ampliación. En 1990, en lugar de insistir en la expansión del proyecto, el Banco también comenzó a brindar su apoyo a la iniciativa predominante del gobierno dirigido a los niños en edad

preescolar, es decir, el programa de servicios integrales de desarrollo infantil. El Banco promovió la incorporación de elementos del proyecto de Tamil Nadu a dicho programa, cuyos objetivos tenían un enfoque global de desarrollo infantil y en el que se ofrecía enseñanza preescolar no estructurada a niños de tres a seis años de edad, nutrición suplementaria, vacunas y controles de salud regulares para niños menores de seis años, y educación en nutrición y salud para mujeres embarazadas y que estuvieran amamantando. Hasta ahora los resultados han sido decepcionantes y la experiencia del programa de servicios integrales de desarrollo infantil parece haberse perdido en la India, aunque el diseño se ha usado en otras partes del mundo.

Si bien con el tiempo dicho programa pudo llegar al 80% de los bloques de desarrollo del país, careció de mecanismos para asegurar que sus servicios y la alimentación suplementaria llegaran, en realidad, a quienes más los necesitaban. Además, no se capacitó debidamente a los trabajadores y se les exigió en demasía, y a menudo se descuidaron los componentes de extensión, salud y educación del programa. En virtud de esto, el Banco clasifica como insatisfactorios sus proyectos de servicios integrales de desarrollo infantil. En un principio el Banco atribuyó las deficiencias a la rapidez de su expansión y su ejecución, pero ahora es evidente que se requieren cambios significativos en su dirección. Sin embargo, el programa ha cosechado un vasto respaldo político, en parte gracias a la amplitud con que se distribuyeron sus beneficios. El personal del Banco que trabaja en la próxima versión del proyecto trata actualmente de encontrar las vías prácticas para llevar a cabo esos cambios.

### Proyectos de salud

A comienzos de los años noventa, el Banco empezó a prestar respaldo a proyectos de salud independientes. Hasta esa fecha, el gobierno financiaba la atención primaria por su cuenta y no solicitaba asesoramiento del Banco para el sector de salud. Sin embargo, las dificultades financieras suscitadas al despuntar el decenio y el nombramiento de nuevos funcionarios superiores en el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, abrieron cauce para que el Banco financiara dos clases de proyectos, a saber: intervenciones relacionadas específicamente con enfermedades y reformas de los sistemas de salud de nivel estatal.

### Proyectos de lucha contra las enfermedades

El estudio del Banco titulado *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Prioridades en la lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo), de 1993, despertó entre las autoridades de salud de la India el

interés en obtener el respaldo del Banco para preparar una serie de programas de control de enfermedades. Los proyectos han establecido innovaciones importantes, por ejemplo, una mayor integración del sector privado y de las sociedades sin fines de lucro registradas con los esfuerzos del gobierno en el sector de salud, y nuevas formas de combatir la ceguera causada por cataratas, la tuberculosis, la lepra y la malaria. Las experiencias de ejecución son muy variadas, pero se han logrado resultados notables.

El Banco actuó en forma decisiva para que el gobierno indio se movilizara en la lucha contra el SIDA hace siete años y el proyecto nacional de lucha contra el síndrome, financiado por el Banco, ha establecido programas nacionales y estatales de control del VIH y mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento, y ha impulsado el abandono de los hábitos riesgosos. Hoy día, más del 90% de las existencias de sangre para transfusiones se somete al control del SIDA, lo que supone una triplicación. Si bien no es fácil determinar el número de casos de VIH que se ha evitado, se estima que quizá hayan logrado prevenirse alrededor de 330.000.

Para combatir el rebrote de la tuberculosis, el Banco respaldó el establecimiento del tratamiento breve bajo observación directa, que ahora abarca a 115 millones de personas afectadas por esa enfermedad. El proyecto de lucha contra la ceguera y las cataratas ha devuelto la visión, por medios quirúrgicos, a ocho millones de personas y el 30% de esas intervenciones se llevó a cabo con el método avanzado de lente intraocular. Finalmente, el proyecto nacional de eliminación de la lepra ha beneficiado con la cura de la enfermedad a casi 12 millones de personas. Se estima que para fines del 2000, se habrá erradicado la lepra en 18 de los 32 estados y territorios del país; para fines del 2002, en otros ocho estados, y para fines del 2005, en los cinco restantes.

Esos programas se han concentrado en enfermedades que, si bien son graves, representan en conjunto apenas el 6% de la carga de mortalidad y morbilidad. Todavía deben encararse las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades mentales, los traumatismos y las afecciones relacionadas con el consumo de tabaco. Por cierto, será más difícil hacer frente a estas afecciones, que están menos concentradas entre los pobres, y el gobierno aún no ha trazado planes al respecto.

### Proyectos de reforma de los sistemas de salud estatales

Las políticas de personal y los sistemas administrativos estatales son decisivos para el desempeño y los resultados de los sistemas de salud. Para obtener influencia en esos determinantes cruciales de los resultados y ajustar los programas a las necesidades y la

capacidad de cada estado, el Banco ha puesto en marcha, desde 1995, cuatro proyectos de reforma del sistema de salud a escala estatal. Esos proyectos también brindan al Banco una oportunidad, buscada durante mucho tiempo, de influir en los factores fundamentales para determinar el modo de funcionamiento de los sistemas de salud pública a nivel de los estados, donde el Banco puede brindar asistencia adaptada a la localidad.

La primera experiencia de esta clase fue el proyecto de sistema de salud de primer escalón de envío de casos de Andhra Pradesh, por un monto de US\$159 millones, aprobado en 1995. Tiene por objeto el establecimiento de sistemas de envío de casos relevantes, el suministro de capacitación y equipos para reforzar la administración del sistema de salud pública estatal, la instalación de un mecanismo de recuperación de costos y el mejoramiento de la asignación de recursos. El segundo proyecto de desarrollo de los sistemas de salud de los estados, que extiende los principios del primero a otros tres estados, es el proyecto de salud de más envergadura que jamás haya financiado el Banco (US\$350 millones) y muestra indicios de ser demasiado grande y complejo para que pueda administrarse en forma satisfactoria. Dos proyectos posteriores se concentran, respectivamente, en los estados de Orissa y Maharashtra. Las actividades comprenden el incremento del acceso a la atención primaria en parajes remotos, el establecimiento de una nueva institución con el cometido de administrar el sistema hospitalario y el mejoramiento de la calidad del servicio en los dispensarios comunitarios, con especial atención a los casos de maternidad. El proyecto de Maharashtra incluye, también, un componente innovador llamado a establecer un hospital nuevo y especializado que opera conforme a las prácticas modernas de administración hospitalaria.

Los informes de supervisión indican que estos proyectos adelantan de manera satisfactoria, en especial el de Andhra Pradesh donde se considera que algunos elementos –particularmente la dirección y el seguimiento y evaluación– son sumamente satisfactorios. Ha habido un modesto incremento de la proporción de gasto en salud en el presupuesto estatal y un ligero aumento de la proporción dedicada a la atención primaria y secundaria, pero aún no hay indicios de progreso significativo en materia de recuperación de costos o de envío de casos. En algunos estados el segundo proyecto de sistemas estatales se desarrolla mejor que en otros.

El uso de métodos distintos, adaptados a las necesidades de cada estado, brinda una oportunidad única para cobrar noción de lo que sirve y no sirve en

distintas circunstancias, pero el estudio del DEO concluye que si ha de procederse al seguimiento y la evaluación, será necesario el fortalecimiento de los planes respectivos.

### Perspectivas

Pueden atribuirse a varios factores las dificultades para obtener los resultados deseados de los proyectos de salud, nutrición y población en la India antes de 1988, a saber, la ausencia de proyectos independientes de salud, la orientación general de los proyectos de población impartida por la oferta, la falta de firmeza suficiente por parte del Banco para mejorar el desempeño y promover cambios de política y el escaso trabajo sectorial realizado por el Banco con objeto de definir los problemas y las necesidades más apremiantes.

Los siguientes son los factores específicos que impidieron la consecución de resultados satisfactorios de los proyectos:

- La falta de información adecuada.
- La imagen que tiene el Banco de sí mismo, como proveedor de equipos e infraestructura y no como agente de desarrollo de los recursos humanos.
- La resistencia de las contrapartes indias a considerar los problemas sistémicos.
- La escasez de recursos y de administradores eficaces.
- La concentración en el sector público y en la expansión del sistema de salud pública.
- La aplicación de un solo modelo a zonas con características muy disímiles.
- La falta de atención adecuada a los cambios de conducta por razones de salud.
- El descuido de factores importantes de la situación de la salud y demográfica, por ejemplo, la educación de la mujer.

Después de 1988, sin embargo, los estudios sectoriales ayudaron a que se iniciara un diálogo sobre políticas. Esto condujo a cambios de criterio importantes, a saber la concentración en la reforma del sistema de salud, un viraje desde la planificación familiar a la atención de la salud materno-infantil y una relación de trabajo más colegiada y de colaboración, entre el Banco y el gobierno.

Varios factores contribuyeron a este vuelco, entre ellos la evidencia de que los criterios anteriores no rendían resultado, las presiones para que se prestara más atención a las necesidades de la mujer, y, quizá el más importante, el deterioro de las condiciones económicas en 1990 y 1991, que aumentó el interés del gobierno en la obtención de ayuda extranjera. También influyó la aceptación renovada de la descentralización,

que abrió cauce a la preparación de proyectos promisorios de reforma del sistema estatal. Existe cierto grado de controversia acerca de la importancia que revistió la gestión del Banco para llevar a cabo los cambios de política, pero lo cierto es que la institución apareció preparada con nuevas clases de proyectos toda vez que se presentó la oportunidad.

La mayor parte de las críticas al programa del Banco apunta a los primeros 20 años; con su configuración actual, dicho programa parece avanzar en la dirección correcta. Hay, empero, varios aspectos generales que aún ofrecen margen para análisis y mejoras adicionales.

Puede sostenerse que el *sistema de envío de casos* es el rasgo crucial de un sistema de salud que funcione bien. Los programas que promueven dicho sistema deben mejorar el desempeño y la capacidad de los trabajadores de salud en los niveles primario y secundario, y establecer nexos entre ellos. Deben, asimismo, tratar los problemas de comunicaciones y transporte que limitan el funcionamiento eficaz de un sistema de envío de casos. Será necesario imprimir flexibilidad a la programación y llevar a cabo estudios adicionales de las relaciones entre las instituciones a distintos niveles, tanto públicas como privadas, si han de establecerse en la India buenos sistemas de envío.

También son necesarias *la información, la educación y la comunicación*, pues muchos problemas de salud sólo tienen solución por medio de los cambios de conducta. Si bien el Banco ha instado al gobierno a que asigne más recursos técnicos y financieros a estas esferas, este aspecto de la programación de salud sigue relativamente descuidado y, con frecuencia, los programas de información, educación y comunicación del gobierno no se llevan a cabo en la forma debida. El Banco debe insistir en la incorporación de estos elementos a los nuevos proyectos, usando un criterio de orientación al cliente para la preparación de mensajes, la capacitación de los trabajadores de extensión en las comunicaciones interpersonales y el asesoramiento, la creación de campañas estudiadas cuidadosamente y el seguimiento del impacto.

Además, los *problemas de personal, incentivos para el desempeño y responsabilidad* siguen constituyendo obstáculos significativos para el mejoramiento de la calidad de prestación del servicio. En este sentido poco ha hecho el Banco, salvo por la provisión de capacitación técnica y de gestión que no llega a la raíz

del problema. Se necesitan cambios complementarios de las prácticas administrativas, las costumbres de trabajo y las políticas de desarrollo profesional –incluidos los incentivos para que el personal incremente su capacitación– a fin de modificar de manera permanente el comportamiento de los trabajadores de salud. Este conjunto de problemas exige un estudio cuidadoso y pormenorizado.

En el sector de salud de la India, la *responsabilidad por el desempeño* también es débil. La presupuestación basada en el desempeño, mediante la vinculación de los desembolsos con los resultados, serviría mejor como estímulo para que los organismos de ejecución pusieran más ahínco en el diseño y la administración de programas, y aumentaría la responsabilidad. El Banco promueve la presupuestación basada en el desempeño en algunos proyectos nuevos y debe estudiar y someter a prueba cuidadosamente las iniciativas que hagan uso de ese método.

Otro aspecto dominante es la necesidad de *una mejor integración de las ONG y el sector privado*, que prestan la mayoría de los servicios de salud, en la programación del sector de salud. Hasta ahora los esfuerzos en tal sentido han rendido resultados dispares y han sido más auspiciosos cuando dichas organizaciones trabajan en conjunto con organismos públicos en un plano complementario y no competitivo, y cuando los funcionarios gubernamentales son administradores eficaces y bien dispuestos. Debe trazarse una estrategia de incorporación del sector privado que considere la división del trabajo, las políticas de precios y subsidios, la reglamentación y expedición de licencias para los proveedores y seguros de salud privados, y programas de capacitación apropiados. El Banco posee escasa experiencia en el tratamiento de estos problemas en la India, pero puede ayudar mediante el examen de las experiencias en otros países y en otros sectores de la India, fomentar la prestación de servicios privados cuando sea conveniente y proceder al estímulo y evaluación de programas experimentales.

Finalmente, es obvio que la variedad de problemas y necesidades en materia de salud, así como de las capacidades dentro del sector, exigen la aplicación de diversos métodos. En consecuencia, el Banco debe seguir respaldando la descentralización y la experimentación a fin de atender mejor las necesidades de cada estado.

► Este *Précis* se basa en *Case Study of World Bank Activities in the Health Sector in India*, por Ronald Ridker y Philip Musgrove, Informe No. 19537. Los Directores Ejecutivos y el personal del Banco pueden obtener este informe en la Unidad de Documentos Internos y los centros de servicios de información regionales, y el público en general en el InfoShop del Banco Mundial.

